DISSERTATION

N° 115.

SUR

LA PNEUMONIE AIGUË,

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 2 juin 1831, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR A.-M. BAZIRE, d'Avranches,

Département de la Manche;

Bachelier ès-sciences; ancien Élève de l'École pratique.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1831.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	.....
Chimie médicale	ORFILA, *Examinateur.*
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacologie	DEYEUX.
Hygiène	DES GENETTES, *Examinateur.*
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. / CLOQUET, *Suppléant.*
Pathologie médicale	DUMÉRIL. / ANDRAL.
Pathologie et thérapeutique médicales	BROUSSAIS, *Président.*
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON, *Examinateur.*
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	LEROUX. / FOUQUIER. / ..... / CHOMEL.
Clinique chirurgicale	BOYER. / DUBOIS. / DUPUYTREN. / ROUX.
Clinique d'accouchemens	.....

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Baudelocque.	Dubois.
Bayle.	Gerdy.
Berard.	Gibert.
Blandin.	Hatin.
Bouillaud.	Lisfranc.
Bouvier, *Suppléant.*	Martin Solon.
Briquet.	Piorry.
Brongniart.	Rochoux, *Examinateur.*
Cottereau.	Sandras, *Examinateur.*
Dance.	Trousseau.
Devergie.	Velpeau.
Dubled.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE.

Tribut d'amour filial.

A MON FRÈRE.

Amitié sincère.

A.-M. BAZIRE.

A MA MÈRE.

Tribut d'amour filial.

A MON FRÈRE.

Amitié sincère.

DISSERTATION

SUR

LA PNEUMONIE AIGUË.

La pneumonie, de *πνεύμων*, *poumon*, est le nom que les nosologistes donnent aujourd'hui à l'inflammation du parenchyme pulmonaire. C'est, de toutes les maladies qui affligent l'espèce humaine, l'une des plus fréquentes et des plus dangereuses, par cela même, l'une des plus intéressantes de la médecine pratique. Pénétré par une grande quantité de sang, sans cesse exposé par la nature de ses fonctions à l'influence de l'air et de ses vicissitudes, le poumon se trouve dans les conditions les plus propres à être affecté de congestions et de phlegmasies.

Cette maladie se trouve décrite, dans les auteurs, sous des noms différens : tantôt ils la désignent sous celui de *péripneumonie*, de *fièvre péripneumonique*, de *fluxion de poitrine;* tantôt sous la dénomination de *pleuropneumonie*, dans les ouvrages de ceux qui pensent que la plèvre participe toujours à la phlegmasie du poumon.

On doit peu s'étonner que les anciens n'aient pas déterminé d'une manière précise les symptômes différentiels de la pleurésie et de la pneumonie; dans ces temps, la connaissance des maladies n'était pas rectifiée par l'anatomie pathologique. *Valsalva* et *Morgagni* ont démontré, les premiers, les lésions physiques qui constituent ces deux

maladies ; ils ont prouvé qu'elles peuvent exister isolément. De nos jours, *Laennec*, MM. *Andral* et *Chomel* ont porté au plus haut degré la connaissance du diagnostic de la pneumonie, et les lésions de tissu qui lui sont propres ont été décrites avec beaucoup de soin par ces illustres professeurs.

Comme les autres inflammations, la pneumonie peut se présenter tantôt à l'état aigu, tantôt à l'état chronique. Le premier de ces états est de beaucoup plus fréquent que le second ; ce dernier s'observe en effet assez rarement. Elle se développe très-souvent sous l'influence atmosphérique ou sous l'empire de causes qui échappent à notre investigation ; cependant les auteurs s'accordent tous à lui en assigner qui paraissent favoriser son développement. C'est ainsi que la pneumonie ne se montre pas avec une égale fréquence dans toutes les saisons : elle règne particulièrement pendant la fin de l'hiver, le printemps et le commencement de l'été ; elle est plus commune dans les pays froids et élevés que dans ceux qui sont chauds et bas ; elle l'est aussi beaucoup là où naissent des variations brusques de température. Outre ces conditions diverses, il est sans doute d'autres circonstances générales qui, venant à exercer leur action, font de la pneumonie une maladie épidémique, comme on en trouve tant d'exemples dans les auteurs.

Les conditions individuelles qui peuvent produire cette maladie varient suivant l'âge, les professions, les tempéramens, la constitution et le sexe.

Il résulte d'observations, que tous les âges sont à peu près également sujets à l'inflammation du parenchyme pulmonaire ; cependant l'homme dans la vigueur de l'âge en paraît plus souvent atteint que l'enfant et le vieillard, et des faits recueillis à la Charité par M. *Chomel* viennent à l'appui de cette assertion pour les vieillards. Il faut toutefois remarquer que dans cette période de la vie la maladie est souvent latente et qu'elle peut passer inaperçue ; quant aux enfans, il est certain que la pneumonie en fait périr un grand nombre.

Certaines professions prédisposent singulièrement à l'affection dont

nous parlons : ainsi les charpentiers, les maçons, en raison de l'intempérie des saisons qu'ils sont obligés de supporter ; les boulangers, les forgerons, qui passent subitement d'un lieu chaud dans un lieu froid; les chanteurs, les acteurs, par les efforts de voix qu'ils sont forcés de faire ; les ouvriers qui vivent dans une atmosphère surchargée d'émanations liquides ou pulvérulentes, et chez lesquels les organes respiratoires sont continuellement irrités par des corps étrangers, contractent facilement des pneumonies.

Les tempéramens et la constitution ne paraissent pas avoir une action bien marquée sur la production de la pneumonie. Cependant les tempéramens bilieux, irritables, les constitutions pléthoriques, athlétiques, et, par un contraste assez marquant, ceux qui ont une poitrine faible, mal conformée, chez qui domine une constitution molle et lymphatique, ou qui sont atteints de tubercules pulmonaires y sont très-disposés. Enfin il est reconnu que les hommes en sont plus souvent affectés que les femmes ; la comparaison en a été faite à la Charité : sur quatre-vingt dix-sept cas observés dans l'espace de cinq ans, on a compté soixante-treize hommes et vingt-quatre femmes seulement.

Parmi les causes occasionnelles de cette affection, on peut ranger l'inspiration d'un air froid ou l'usage imprudent de boissons à la glace lorsqu'on est échauffé ; l'exposition au froid sec, humide, particulièrement lorsque le corps est en sueur ; l'immersion dans l'eau à une température trop basse; le refroidissement partiel de la poitrine pendant le sommeil, et surtout dans l'état de convalescence ; un exercice violent et inaccoutumé, soit du corps en entier, ou seulement de l'organe respiratoire; une course rapide dans un sens opposé au vent; des contusions, des coups, des chutes sur le thorax, des plaies pénétrantes, des fractures des côtes capables de léser le poumon ; la suppression des menstrues, des hémorrhoïdes, ou de quelque hémorrhagie habituelle dans les deux sexes ; une métastase goutteuse, rhumatismale, ou la coïncidence d'une fièvre exanthématique, soit à son

début, soit pendant son cours, telle que la variole, la rougeole, la scarlatine; des habitudes vicieuses, telles que l'usage d'un régime échauffant, de liqueurs spiritueuses; les peines morales long-temps prolongées, etc. A cette série de causes il faut joindre les grandes opérations, après lesquelles on voit souvent survenir des pneumonies, et surtout des pneumonies latentes. D'autres maladies peuvent aussi devenir des causes déterminantes de la pneumonie; c'est ainsi qu'on l'a vue se développer dans le cours d'une pleurésie, d'un catarrhe bronchique aigu, d'une phthisie pulmonaire. On est encore en doute si les engorgemens de la rate et les fièvres intermittentes ont quelque influence sur la pneumonie, bien qu'on l'ait vue coïncider plusieurs fois avec ces deux affections.

La pneumonie n'affecte pas les deux poumons également : le droit y paraît beaucoup plus sujet que le gauche; c'est du moins l'opinion la plus généralement reçue et ce qui résulte d'observations recueillies par beaucoup de médecins, et par M. *Andral* en particulier: sur cent cinquante pneumonies, quatre-vingt-dix affectaient le poumon droit, trente-huit le gauche, dix-sept les deux côtés, le siége de six ne fut pas connu. Le sommet n'est pas aussi souvent attaqué que la base; cependant les résultats obtenus par M. *Chomel* tendraient à faire adopter une opinion contraire. Sur cinquante-neuf malades morts de pneumonies, l'inflammation a occupé le sommet du poumon treize fois, la base onze fois, le poumon entier trente-une fois, la partie moyenne une fois. Mais l'auteur élève des doutes sur les conclusions qu'on serait en droit de tirer de ce tableau comparatif; voici comment il s'exprime : « On remarquera d'abord que ces faits ne sont pas assez nombreux pour juger la question, et ensuite je dirai, par anticipation, que si la pneumonie qui occupe le sommet est plus souvent mortelle que celle qui occupe la base, on ne peut pas juger de la fréquence relative de la pneumonie dans ces deux points, seulement d'après les ouvertures des cadavres. Sur quatre-vingt-huit faits observés par M. *Andral*, et dans lesquels la terminaison a été quelquefois funeste et le plus souvent heureuse, la pneumonie a paru occuper la

base quarante-sept fois, le sommet trente fois, et onze fois la totalité du poumon. »

Les symptômes d'invasion de la pneumonie sont quelquefois si variables, et se présentent si souvent avec des nuances parmi lesquelles il en est de tellement obscures, que le diagnostic en devient très-difficile à établir, et peut, si l'on est pas en garde, donner lieu à des méprises. Ainsi, tantôt un frisson plus ou moins violent avec horripilation et tremblement constitue le début de la maladie; d'autres fois les malades éprouvent pendant le sommeil une chaleur très-forte, sans frisson, mais avec douleur aiguë, pongitive, plus profonde que dans la pleurésie, n'augmentant pas par la pression, peu par l'inspiration, qui est courte, d'avantage par l'expiration qui est très-douloureuse. Cette douleur est, à la vérité, plus manifeste lorsqu'il existe en même temps pleurésie; mais cette coïncidence n'est pas nécessaire à son existence. On observe une toux plus ou moins pénible, douloureuse, qui s'offre rarement sous la forme de quintes, sèche dans le commencement, mais bientôt suivie d'une expectoration souvent muqueuse dès le début, et qui ne tarde pas à devenir caractéristique. Ainsi chez la plupart des pneumoniques les crachats sont transparens, mêlés intimement à des petites bulles d'air, d'une couleur uniformément rougeâtre, tirant sur le jaune, imitans ou la couleur de la rouille ou du sucre d'orge, ou de l'abricot, d'une viscosité telle que le vase qui les reçoit peut être renversé et agité sans qu'ils se détachent de ses parois, et d'autres fois agglutinés entr'eux de manière à former une masse gélatiniforme et tremblotante. Ils peuvent varier, quant à leur couleur et leur viscosité, selon que la pneumonie est plus ou moins intense, selon qu'elle existe ou non au même degré. Souvent ils sont rendus avec douleur, peu abondans, d'autres fois leur quantité est considérable.

La douleur, que nous avons dit exister dans un des points de la poitrine, ne reste pas toujours stationnaire; elle se propage souvent à la clavicule et à l'épaule; d'autres fois les malades se plaignent d'une oppression sous le sternum, d'une constriction et d'un sentiment

d'ardeur dans la région du cœur. Le pouls peut varier dans ses caractères; il est ordinairement large, fréquent et plein. La fièvre qui accompagne la pneumonie dès son début donne lieu à une série de phénomènes généraux; de là la coloration de la face, surtout de la pommette correspondante au côté malade; céphalalgie plus ou moins forte, avec insomnie et quelquefois délire. Il est assez commun de voir le visage, le cou et la poitrine couverts d'une sueur abondante, tandis que les autres parties du corps sont chaudes et sèches. La soif est augmentée, l'appétit nul, et la langue communément blanche et humide. Les urines sont d'un rouge foncé; le sang tiré des veines se couvre ordinairement d'une couenne fibrineuse, jaunâtre et ténace. La position du malade est encore une chose à remarquer; le décubitus a lieu sur le dos ou sur le côté malade.

Le mode d'invasion n'est pas toujours celui que nous venons d'indiquer. Quelquefois la pneumonie succède à une bronchite, et l'on voit alors les symptômes de celle-ci s'accroître graduellement et ceux de la première apparaître. D'autres fois la maladie débute par les symptômes que les auteurs ont assignés à la fièvre inflammatoire, tels que l'accélération et la plénitude du pouls, l'augmentation de la chaleur, des tintemens d'oreilles, la rougeur des yeux, de la face et de toutes les muqueuses visibles. Ces symptômes durent un jour ou deux, puis tout à coup ceux de la pneumonie éclatent, ou plutôt ils deviennent apparens; car il n'est pas douteux qu'ils n'existassent dès le début, et qu'on les eût découvert si on eût ausculté le malade avec soin. Il est difficile de la méconnaître, quel qu'ait été le mode d'invasion de la maladie, aux symptômes que nous avons décrits; mais ils ne sont pas toujours aussi prononcés, et on les trouve rarement tous réunis. La douleur n'est pas constante, surtout lorsque la plèvre ne participe pas à l'inflammation. La respiration paraît quelquefois peu gênée; cela arrive presque toujours lorsque la maladie est peu étendue, et surtout lorsqu'elle est accompagnée d'une autre phlegmasie. Enfin la toux, l'expectoration, le décubitus sur le côté malade, la coloration des pommettes manquent aussi quelquefois. Il

faut donc nécessairement avoir recours à d'autres signes, lesquels, ne laissant aucun doute dans l'esprit du médecin, puissent lui permettre d'établir son diagnostic d'une manière certaine. Fournis par la percussion et l'auscultation, ces signes sont d'une très-grande importance dans les affections de poitrine, puisqu'avec leurs secours on est parvenu à distinguer dans un même organe les parties malades de celles qui ne le sont pas.

Dans ce premier degré de la pneumonie la percussion ne fournit aucun caractère bien remarquable, le côté affecté donne un son encore clair. Mais si l'on applique sur les parois thoracique l'oreille nue ou armée du stéthoscope, des phénomènes nouveaux viennent éclairer le diagnostic d'une maladie qui est quelquefois obscure à cette époque, à cause de l'absence des crachats et des autres caractères que j'ai énoncé. Par l'auscultation médiate ou immédiate, l'on distingue un bruit particulier, qui semble formé par la succession rapide de petites bulles d'air rapprochées, égales entre elles, sèches, qu'on a comparées au bruit que fait entendre le sel marin quand on le chauffe dans un récipient, ou bien encore à celui que fait entendre une vessie ou du parchemin que l'on froisse entre les doigts. Ce bruit a été appelé, par *Laennec, râle crépitant, crépitation.* Cette crépitation est le seul phénomène que l'on entend le plus souvent; quelquefois cependant on distingue en même temps, quoique d'une manière obscure, le bruit de la respiration. Là où le râle crépitant n'est pas perçu, la respiration se fait entendre dans l'état naturel ; souvent elle est très-sonore, bruyante; sa force est augmentée, et cette augmentation lui a valu le nom de *respiration puérile*, parce qu'elle est semblable à celle des enfans.

L'ouverture des cadavres a montré que l'endroit où s'entend pendant la vie le râle crépitant se trouve, après la mort, le siége de l'inflammation, et que les parties saines correspondent à celles où l'on entendait la respiration puérile : il suit de là que l'étendue dans laquelle la crépitation existe montre l'étendue du tissu enflammé, et que, selon que le râle crépitant va croissant ou décroissant, on

peut suivre la marche et l'étendue de la pneumonie, suivant qu'elle s'étend ou qu'elle se restreint dans des limites différentes.

Tels sont les phénomènes qui caractérisent le premier degré de la pneumonie. Arrivée à ce point, la maladie peut prendre une terminaison heureuse, soit par les seuls efforts de la nature, soit par un traitement approprié, ou bien faire des progrès. Dans le premier cas, la douleur de poitrine diminue, la respiration s'agrandit, devient moins fréquente et plus facile; la toux est moins forte; les crachats, qui d'abord étaient tirés avec peine, sont expectorés avec plus de facilité; ils deviennent de moins en moins rouges, moins visqueux et plus abondans; le râle crépitant est plus obscur, plus lointain; la respiration se fait entendre dans les points affectés, et reprend peu à peu son type primitif; les symptômes généraux disparaissent, la peau s'humecte; l'urine dépose quelquefois un sédiment rougeâtre: la guérison peut encore s'annoncer par un de ces phénomènes que l'on appelle *crise*. Ainsi, tantôt on verra apparaître une épistaxis, une hématurie, une diarrhée modérée, ou le retour des menstrues; tantôt des boutons aux lèvres, des furoncles, une parotide, un phlegmon, un érysipèle, etc.; la maladie suit une marche inverse de celle qu'elle avait eue jusqu'alors, et la guérison s'ensuit. Si, au contraire, la pneumonie fait des progrès, malgré le traitement qu'on lui a opposé, elle passe au second degré, et ce passage est marqué par un râle à bulles plus grosses, plus rares et plus humides, et par la cessation du bruit respiratoire dans les points attaqués. Bientôt la poitrine, percutée, ne rend plus qu'un son mat; les crachats cessent d'être sanguinolens, et deviennent seulement muqueux; la dyspnée et la fièvre augmentent, la face s'altère davantage; et si à cette époque on pratique l'auscultation, l'oreille ne perçoit plus aucune espèce de râle; mais la respiration présente un caractère particulier; il semble que quelqu'un souffle avec force dans un tuyaux d'airain auprès de l'oreille de celui qui ausculte, en même temps la voix est résonnante. C'est M. *Andral* qui a surtout fixé l'attention sur ce bruit respiratoire, auquel il a donné le nom de *respiration bronchique*, symptôme

déjà signalé par *Laennec*, et qu'il attribue à ce que l'air ne peut pénétrer au-delà des gros tuyaux bronchiques. On ne l'observe, en effet, que chez les malades dont le poumon est hépatisé, et ne se laisse plus pénétrer par l'air, pourvu toutefois que le siége de l'inflammation ne soit pas situé trop loin des grosses ramifications bronchiques; car, dans ce cas, ce phénomène serait obscur, ou peut-être nul, si la pneumonie était centrale.

Parvenue à ce degré, la maladie est beaucoup plus grave; elle se termine à peu près en proportion égale par la guérison ou par la mort. Si la terminaison doit être heureuse, après quelques phénomènes critiques, ou sans ces phénomènes, tous les symptômes suivent une marche rétrograde, ils semblent passer par les mêmes phases qu'ils ont déjà parcourues pour arriver à leur point le plus élevé. Dans quelques cas ils restent stationnaires pendant quelques jours, et diminuent ensuite d'une manière plus ou moins rapide. A mesure que la respiration devient moins gênée, la toux moins fréquente, les matières expectorées plus rares, moins sanglantes, purement muqueuses, quelquefois opaques, le son redevient clair, la respiration se fait entendre de nouveau, ainsi que le râle crépitant de retour de *Laennec:* il diffère cependant de celui qu'on observe dans la première période de la maladie; ses bulles ne sont pas aussi sèches, aussi petites, et ne paraissent plus aussi rapprochées; elles sont humides, grosses et inégales, telles qu'on a pu les observer lorsque s'est faite la transition du premier au second degré. Enfin, les phénomènes fébriles diminuent dans le même rapport, et la convalescence se déclare. Cependant l'auscultation prouve qu'il reste encore, pendant un temps plus moins long, un engorgement dans le poumon; car le murmure d'inspiration ne se rétablit qu'après que tous les signes fonctionnels ont disparu. Il n'est pas rare d'observer aussi une certaine fréquence dans le pouls pendant la convalescence.

Lorsqu'au lieu de prendre cette terminaison heureuse, la maladie, arrivée au second degré, poursuit sa marche, la mort en est la terminaison la plus fréquente. Les accidens, au lieu de diminuer, per-

sistent et augmentent d'intensité ; la difficulté de respirer devient plus grande ; la toux est fréquente, douloureuse, pénible ; les crachats sont supprimés, ou bien ne sont pas en rapport avec la violence des accidens ; ils sont excrétés avec peine ; ils sont petits, arrondis, grisâtres, striés quelquefois de lignes blanchâtres, et opaques ou bruns. La douleur de coté a disparu, mais le son est complètement mat dans une grande étendue du thorax ; la respiration ne se fait plus entendre ; l'écume bronchique s'amasse dans les gros tuyaux, et produit un gargouillement connu vulgairement sous le nom de *râle trachéal* ou des *agonisans*. La face est jaune autour des lèvres, du nez, des yeux ; les pommettes sont colorées ; le délire s'empare du malade ; une sueur visqueuse couvre le front, la face et tout le corps ; la peau est chaude ou froide, le pouls petit, fréquent et mou ; le décubitus a lieu sur le dos ; la bouche est remplie de mucosités fuligineuses que le malade ne peut expectorer ; la langue est noire, la déglutition difficile et bruyante ; les déjections sont involontaires, et le malade ne tarde pas à mourir dans une espèce d'asphyxie.

Aucun signe n'annonce d'une manière positive que la pneumonie se termine par suppuration, on ne peut savoir par conséquent si cette terminaison peut être suivie du retour à la santé, ou si elle est toujours mortelle. Cependant M. *Andral*, par ses observations, a été porté à penser que des crachats couleur de jus de pruneaux pouvaient faire présumer que l'hépatisation grise était arrivée ; toutefois, pour lui, le prognostic est plus fâcheux lorsque cette espèce de crachats apparaît.

Tous les auteurs s'accordent à regarder la terminaison de la pneumonie par gangrène comme très-rare. Cependant cette espèce d'altération, soit qu'on la considère comme consécutive à cette inflammation, soit comme primitive, essentielle, de même nature que la pustule maligne, se rencontre encore assez fréquemment. Quant à la gangrène, suite de l'inflammation du poumon, plusieurs médecins disent ne l'avoir jamais vue. Les seuls signes qui puissent indiquer cette altération sont fournis par les crachats, qui ont une fétidité ex-

cessive, évidemment gangréneuse, par l'haleine des malades, dont l'odeur est aussi repoussante, enfin par la prostration extrême des forces.

Tels sont les trois degrés de la pneumonie, connus, le premier, sous le nom d'*engouement ;* le second, sous celui d'*hépatisation ;* et le troisième, sous celui d'*infiltration purulente.* Chacun de ces degrés a une durée variable : tantôt l'engouement dure plusieurs jours, et peut, lorsqu'il est étendu, faire périr le malade sans qu'il se forme aucun noyau d'hépatisation ; tantôt, au contraire, le premier degré existe à peine, et le second et même le troisième envahissent le poumon dans vingt-quatre heures. Cependant, dans les cas les plus ordinaires, voici la limite que *Laennec* a remarqué pour chacun d'eux : l'engouement, dit-il, dure de douze heures à trois jours avant de passer à l'hépatisation complète ; l'hépatisation dure d'un à trois jours avant que les points d'infiltration purulente y soient bien manifestes ; enfin, la période de suppuration, depuis le moment où l'infiltration purulente est bien reconnaissable jusqu'à celui où le ramollissement du pus est porté au degré de liquidité, varie de deux à six jours.

Il est évident que le traitement suivi par le malade, lorsqu'il est convenablement dirigé, doit ralentir la marche de la maladie, faire varier la durée de chacun des degrés, en somme s'opposer aux progrès du mal. Aussi sa durée ordinaire est de sept à dix-huit ou vingt jours. Il est rare de ne pas la voir atteindre le premier de ces termes, ou dépasser le second.

Les trois degrés que je viens de décrire ne sont pas toujours aussi nettement tranchés ; toujours le poumon, qui doit plus tard arriver soit à l'hépatisation, soit à l'infiltration, ne passe pas en entier, et chaque point en même temps, par chacune de ces lésions. On remarque le plus souvent qu'au moment où le râle crépitant se fait entendre dans un point, là aussi la poitrine rend un son clair, tandis qu'à côté le son est mat et la crépitation n'existe plus ; et si pendant la vie il n'est pas facile de distinguer deux points circonscrits, dont

l'un est à l'état d'hépatisation et l'autre à celui d'infiltration, les nécropsies montrent que la réunion de ces deux états est possible, et qu'ainsi dans un poumon on peut trouver réunis les trois degrés de la pneumonie. Il n'est pas facile d'assister au passage de l'un à l'autre de ces degrés; mais si l'on observe le malade avec attention, on pourra se convaincre que les signes propres au second degré se montrent toujours là où l'on a perçu la crépitation; que celle-ci envahit de nouveaux points où, quelques heures auparavant, la respiration était dans l'état naturel, et que le râle crépitant est toujours l'avant-coureur des phénomènes qui indiquent l'hépatisation.

Comme les autres phlegmasies aiguës, la pneumonie présente des périodes d'accroissement et de décroissement et des paroxysmes journaliers; elle s'accroît ordinairement pendant trois ou quatre jours, quelquefois davantage, quel que soit le traitement employé; après ce temps elle diminue ou reste stationnaire. Cette diminution ou ce point d'arrêt ne sont pas toujours de sûrs garans d'une guérison prochaine; car il arrive souvent que, sans cause connue, la pneumonie reprend une nouvelle intensité et remet en danger les jours du malade : quant à ses paroxysmes, ils ont ordinairement lieu le soir, et, outre les exaspérations fébriles qui se présentent dans les autres affections, ils offrent pour caractère une gêne plus grande de la respiration, une douleur plus forte dans le côté, une toux plus fréquente, et vers le déclin une expectoration abondante de crachats plus rouges qu'ils ne le sont dans le reste de la journée.

A quelque degré que soit parvenu la pneumonie, elle peut se terminer par résolution, ou par la mort. J'ai dit que la résolution est la terminaison la plus ordinaire du premier degré, qu'il y a des chances égales pour la guérison ou pour la mort dans le second, et que celle-ci est la terminaison la plus fréquente du troisième. La résolution, lorsqu'elle a lieu, peut être complète ou incomplète; elle est complète lorsque le malade est revenu à une santé parfaite. J'ai décrit les signes qui indiquent ce retour; j'ajouterai seulement que la maladie, à l'aide d'une crise, peut, comme je l'ai déjà dit, se terminer heu-

reusement. La résolution est incomplète, lorsqu'après la maladie la santé n'est pas parfaite ; quelquefois il subsiste de la dyspnée, de la toux ou des douleurs dans la poitrine, de la chaleur à la peau, un peu de fièvre le soir ; d'autres fois un état œdémateux a succédé à la pneumonie, et alors l'auscultation fait reconnaître un râle sous-crépitant qui indique cette terminaison.

La pneumonie offre un grand nombre de variétés, à raison de l'âge de l'individu, du siége qu'elle occupe, des formes sous lesquelles elle peut se présenter et de ses complications.

Chez le vieillard, elle diffère de celle des adultes par plus de gravité, plus d'obscurité dans les symptômes et par un état adynamique qui survient souvent dès le début, et peut donner le change sur la nature de la maladie ; cependant l'exploration de la poitrine, par la percussion et l'auscultation, mettra à l'abri de toute erreur, quoiqu'à cet âge, il soit commun de rencontrer une bronchite chronique accompagnée d'un râle muqueux très-abondant, qui peut masquer la crépitation. On remarquera que chez eux l'inflammation du poumon marche avec beaucoup de rapidité et arrive plus promptement au troisième degré ; ce n'est que chez les plus robustes qu'elle prend la même forme que chez les adultes.

La pneumonie des enfans est remarquable par l'absence des crachats, qu'ils ont l'habitude d'avaler, par l'impossibilité où ils sont d'exprimer ce qu'ils sentent, et par la difficulté où se trouvent les médecins de savoir s'il existe ou non de la douleur dans la poitrine : la toux, la dyspnée, une diminution légère de la sonoréité de la poitrine, la crépitation, tels sont les phénomènes qui peuvent faire reconnaître la maladie, et encore arrive-t-il souvent que le thorax reste toujours sonore, et que les cris, le siége profond ou la forme lobulaire de la maladie empêchent d'entendre le râle crépitant ; ce ne sera donc que par une observation souvent répétée, en choisissant le moment où le jeune malade est plus tranquille, qu'on pourra s'assurer de l'existence de l'inflammation. Lorsque les enfans succombent, on rencontre le plus communément le poumon engoué ou

splénisé, rarement rencontre-t-on le troisième degré; chez eux on observe très-fréquemment ces pneumonies occupant de très-petites parties du poumon et séparées par un tissu sain, ce qui explique pourquoi, dans ces cas, l'auscultation et la percussion ne sont pas toujours d'un grand secours.

Quant à ses variétés de siége, la pneumonie est dite *double, centrale, disséminée.* Elle est double quand elle envahit les deux poumons à la fois : dans ce cas, tous les symptômes sont augmentés; la dyspnée est beaucoup plus grande, en raison de l'étendue de l'inflammation, et les traits sont plus altérés que dans la pneumonie simple. On donne le nom de *pneumonie centrale* à celle qui affecte le centre ou la région médiastine du poumon et ne s'étend pas jusqu'à la face costale du viscère: il est rare qu'elle prenne cette forme, et lorsqu'elle la revêt, l'inflammation parvient presque toujours jusqu'à la circonférence; aussi ne la rencontre-t-on que peu souvent à l'ouverture des cadavres. Dans cette variété, la crépitation peut fort bien ne s'entendre qu'avec difficulté, à cause du bruit respiratoire que l'oreille perçoit tout autour du point enflammé; les crachats sanguinolens sont alors le signe essentiel.

Par pneumonie disséminée, on entend celle qui a son siége dans plusieurs points séparés du poumon. Cette variété, rare chez l'adulte et les vieillards, se rencontre fréquemment chez les enfans.

D'autres variétés très-importantes sont relatives à l'absence d'un ou de plusieurs symptômes, d'où résulte la pneumonie latente; le diagnostic peut alors devenir difficile à établir. Ainsi tantôt la dyspnée, la toux, les crachats peuvent manquer, tantôt l'auscultation et la percussion cessent elles-mêmes de révéler le véritable état du poumon; cette espèce de pneumonie coïncide ordinairement avec une autre maladie.

Cette affection est souvent accompagnée de symptômes adynamiques, tels que prostration, fuliginosités, avec symptômes locaux peu prononcés; d'autres fois elle paraît avec les caractères d'une fièvre bilieuse; la coloration en jaune des crachats, de la langue, de la peau

et des matières excrétées, une chaleur âcre, une haleine nauséeuse, tels sont les caractères de cette affection.

Il est encore une autre variété de pneumonie qu'on appelle *des agonisans*, et qui survient aux approches de la mort. Elle est rarement reconnue pendant la vie, soit que l'attention ne se porte pas sur ce point, soit qu'on aime mieux laisser mourrir en paix, sans faire des recherches toujours fatiguantes et inutiles, un malade dont on voit approcher la fin.

La pneumonie n'existe pas toujours seule; on la rencontre très-souvent compliquée de l'inflammation de la membrane séreuse qui l'enveloppe. Dans ce cas, si l'épanchement produit par la pleurésie est peu considérable, on peut entendre l'égophonie et la crépitation, soit dans le même point, soit dans des points différens, selon que les deux phlegmasies sont rapprochées ou éloignées. Si, au contraire, l'épanchement est considérable, le liquide ayant refoulé le poumon vers sa racine, ce n'est qu'en pratiquant l'auscultation sur ce point qu'on peut entendre la crépitation, tandis que le reste de la poitrine présente les signes d'épanchement pleurétique. Il arrive quelquefois que l'épanchement se produit à mesure que s'opère la résolution de la pneumonie. La disparition du râle crépitant et du bruit respiratoire pourrait faire croire que l'inflammation a passé au second degré, si la percussion, l'égophonie, la dilatation du côté affecté ne venaient mettre à l'abri de toute erreur.

Le catarrhe pulmonaire aigu complique quelquefois la pneumonie, et tantôt c'est par lui que l'affection a débuté, tantôt l'inflammation de la muqueuse bronchique et du viscère se sont développés simultanément; d'autres fois la pneumonie s'est terminée par le catarrhe.

De tout ce qui précède, il résulte que le diagnostic de la pneumonie est assez facile dans un grand nombre de cas; on se gardera cependant de la confondre avec le catarrhe aigu. Celui-ci diffère de la pneumonie par un râle muqueux ou sibilant, par la nature des crachats, qui n'ont aucun des caractères que j'ai assignés aux crachats

pneumoniques, et par une intensité moindre dans les symptômes.

L'œdème du poumon ne sera pas confondu avec l'inflammation, si l'on considère que le râle qui existe est à bulles plus grosses, plus humides, et qu'il y a absence complète des symptômes généraux qui accompagnent l'inflammation d'un viscère essentiel comme le poumon. L'absence des crachats, l'égophonie, plus tard la cessation de tout bruit respiratoire, et quelquefois la dilatation du côté affecté distingueront la pleurésie de la pneumonie. Il est plus difficile de reconnaître les pneumonies qui surviennent dans le cours d'une autre maladie, parce que l'attention du médecin est tournée vers un autre objet; aussi est-il prudent, vu la fréquence de cette maladie, de pratiquer souvent l'auscultation de la poitrine, quoique le malade ne présente aucun symptôme morbide de ce côté. Les pneumonies lobulaires, celles des enfans et des vieillards offrent plus de difficultés dans le diagnostic que celles que l'on rencontre chez les adultes.

Si on a égard à l'importance de la fonction que remplissent les poumons, on concevra sans peine que le prognostic de leur phlegmasie doit être toujours sérieux, quand même la maladie débuterait sous l'apparence la plus bénigne. Mais il existe une foule de circonstances qui en rendent le prognostic plus grave, tels que le degré de la maladie, l'âge et la constitution de l'individu, l'intensité des symptômes généraux et les complications. L'inflammation des deux poumons est plus grave, et le danger va en diminuant à proportion que la surface affectée est moins étendue. Il paraît que la pneumonie qui affecte le lobe supérieur est plus souvent mortelle que celle qui se développe dans le lobe inférieur. Quant aux divers degrés de la maladie, j'ai dit les chances qu'il y avait pour et contre la guérison dans les trois degrés; j'ajouterai seulement que le danger va croissant en raison de la durée plus grande de l'un d'eux. Il résulte d'observations nombreuses que le danger est d'autant plus grand que le malade est plus avancé en âge, si la pneumonie vient à se développer pendant le cours d'une fièvre exanthématique, d'une épidémie, d'une fièvre grave, ou dans un poumon tuberculeux. Une gêne et une fré-

quence considérable de la respiration, une expectoration difficile ou nulle; des crachats clairs ou brunâtres dès le début, grisâtres ou fétides à une époque plus avancée; des sueurs abondantes, un dévoiement considérable, le délire, l'extrême fréquence et l'irrégularité du pouls sont des circonstances qui doivent faire présumer une fin prochaine. L'état de grossesse est toujours une complication défavorable, quoiqu'elle ne soit pas toujours accompagnée d'un danger aussi grand que le pensait *Hippocrate*, et comme il le dit dans cet aphorisme : *Mulierem in utero gerentem ab acuto aliquo morbo corripi, lethale.*

Lorsque la maladie se termine par la mort le poumon est diversement désorganisé, suivant le degré de la pneumonie, et la nécropsie montre ces diverses lésions, que des signes ont pu faire prévoir pendant la vie. Pour chaque degré on trouve une lésion organique différente. Dans l'état d'engouement au premier degré, le poumon présente une densité et une consistance plus grande qu'à l'état normal; il est moins mou, moins élastique, moins crépitant; sa couleur est livide, tirant plus ou moins sur le violet. Lorsque l'on comprime son parenchyme, on voit qu'il contient encore de l'air, mais que la quantité de liquide prédomine de beaucoup. Si on le presse entre les doigts il cède sans se déchirer, mais il en conserve l'empreinte. Quand on le coupe en tranches, il en ruisselle de toutes parts une grande quantité de sérosité écumeuse et trouble plus ou moins sanguinolente : l'on distingue encore sa texture alvéolaire, et l'on trouve les surfaces des incisions d'une couleur analogue à l'extérieur.

Dans le deuxième degré (hépatisation rouge) le poumon a perdu sa cohésion; il devient friable, prend l'aspect et la consistance du foie ou de la rate; il ne crépite plus, et lorsqu'on le met dans un vase rempli d'eau il tombe au fond. Moins livide à l'extérieur que dans le cas précédent, il présente quelquefois à l'intérieur une couleur rouge ou uniforme, ou bien parsemée des taches blanches, dues aux vaisseaux et aux cellules bronchiques : ces dernières sont parfois entremêlées de taches noires qui font rapprocher l'aspect du pou-

mon de celui d'un granit. Si on le coupe en plusieurs morceaux, que l'on râcle avec le scapel, l'on en fait suinter une sérosité sanguinolente, trouble, assez épaisse, et quelquefois puriforme dans quelques points. La surface incisée présente l'aspect de petits grains rouges, qui deviennent encore plus apparens si on déchire le tissu. Enfin il est entièrement imperméable à l'air.

Dans le troisième degré, l'organe pulmonaire conserve cet aspect granuleux dont nous avons parlé ; de même aussi il ne crépite plus, il est plus friable ; mais au lieu de la teinte rouge que nous avons remarquée le poumon est d'une couleur grisâtre ou jaunâtre. Lorsqu'on l'incise, il en suinte un liquide purulent, mêlé quelquefois à un peu de sang. Il s'écrâse facilement, et pour peu qu'on y enfonce légèrement le doigt, on peut produire une cavité remplie de pus. Cette circonstance a fait que plusieurs médecins ont pris pour des abcès du poumon les résultats mécaniques produits par une pression sur cet organe après la mort. Il est rare, en effet, de rencontrer ces abcès ; *Laennec* dit n'en avoir constaté par l'autopsie que sept cas.

Quand à la gangrène, lorsqu'on la rencontre, voici les caractères qu'elle présente : on voit dans la partie gangrénée une couleur grise, verdâtre et même noirâtre, séparée de la partie saine par un engouement inflammatoire ; il y a dans quelques endroits un déliquium putride ; un liquide brunâtre, d'une odeur insupportable, s'écoule des parties qu'on incise.

On rencontre le plus ordinairement après la mort les trois degrés réunis de la pneumonie ; ils forment autant de zônes faciles à distinguer à la section. Quelquefois ces zônes ne sont pas aussi nettement tranchées, et l'on aperçoit dans les points intermédiaires le passage d'un degré à l'autre ; ici, au milieu d'une partie engouée, quelques noyaux hépatisés marquent le passage du premier au second degré ; là, ce sont des plaques jaunâtres au milieu de l'hépatisation qui annoncent que la suppuration commençait à avoir lieu. Quant à l'étendue que ces divers degrés peuvent avoir, le premier peut occuper les

deux poumons, tandis que le second, et surtout le troisième, ne se trouvent le plus souvent que dans une portion ou tout au plus dans un seul de ces viscères.

La saignée est un des plus puissans moyens de guérison dans la pneumonie aiguë ; elle est en général d'autant plus utile qu'on la fait à une époque moins éloignée de l'invasion, et qu'on la répète à des intervalles assez rapprochés pour que les effets de la première ne soient point effacés avant la seconde. Il est d'ailleurs certain qu'une saignée abondante, faite lorsque la maladie commence, fait tomber plus vite l'orgasme inflammatoire que les saignées moins fortes et plus répétées. *Sydenham* avait cru pouvoir fixer approximativement la quantité de sang que l'on doit tirer dans la pneumonie; mais ces évaluations sont pour la plupart inutiles, puisque le nombre des saignées, la quantité de sang à évacuer doivent varier selon l'intensité de l'inflammation, qui n'est pas toujours la même, et sur la nature de la constitution épidémique, qui, suivant telle ou telle variation, doit nécessairement amener des changemens dans la marche et le traitement. D'ailleurs l'âge, le sexe, les forces du sujet, la période de la maladie, et enfin l'effet du remède lui-même sont autant de circonstances qui, par cela même qu'elles peuvent changer, ne permettent pas d'établir même approximativement la quantité de sang que l'on doit tirer. L'on peut dire cependant qu'en général la saignée peut être répétée tant que la gêne de la respiration, la plénitude du du pouls et le râle crépitant ne diminuent pas d'une manière sensible.

La période moyenne de la vie est l'époque où les saignées peuvent être répétées avec plus de succès; quelques médecins ont de la répugnance à saigner les enfans, préférant à ce moyen l'emploi de quelques sangsues sur la poitrine. Telle n'est pas l'opinion de M. *Guersent :* ce médecin pense que les résultats n'en sont pas à beaucoup près aussi avantageux ; en conséquence il répète la saignée trois ou quatre fois, si rien ne la contr'indique, faisant perdre à un enfant de huit ans quatre ou six onces de sang à la fois. La saignée a, en effet,

l'avantage de diminuer directement la quantité de sang qui, dans un temps donné, doit traverser le poumon pour y être soumis au contact de l'air; elle diminue donc l'activité de ses fonctions, et concourt de cette manière à guérir la pneumonie. Quant aux vieillards, M. *Andral* pense que la considération de l'âge ne doit que rarement empêcher de pratiquer de nombreuses émissions sanguines; on doit cependant mettre une sage réserve dans l'emploi de ce moyen. Il arrive souvent que dès le début de la maladie le pouls est petit et concentré, qu'il existe un point de côté très-fort, et que le malade se trouve dans un affaiblissement considérable : on ne craindra point de le saigner dans cet état, et l'on verra le plus souvent qu'après l'ouverture de la veine le pouls se relevera, et que le malade reprendra des forces, qu'il n'avait perdues que par l'intensité du mal. Il ne faudrait cependant pas confondre cette prostration passagère avec une adynamie véritable : autant la méthode antiphlogistique est utile dans le premier cas, autant elle deviendrait nuisible dans le second. On évitera toute erreur en examinant les causes occasionelles de la maladie, en s'enquérant si le sujet a été soumis à des causes débilitantes avant l'invasion de la pneumonie, si la prostration a précédé l'inflammation pulmonaire ou si elle lui a succédé, et en comparant l'étendue du mal avec la débilité du malade, son âge et sa constitution.

Il n'est guère possible de déterminer au juste l'époque où l'on ne doit plus avoir recours aux émissions sanguines; en général, plus on s'éloigne de l'époque de l'invasion moins elles ont d'efficacité; il est pourtant des cas où la persistance ou bien la récrudescence de la maladie obligent d'y avoir recours de nouveau, bien que l'affection date de plus de cinq à six jours, terme auquel certains auteurs prescrivent de s'arrêter. Il arrive quelquefois qu'on est obligé de faire marcher de concert les saignées générales et les saignées locales : c'est lorsque quelque hémorrhagie habituelle a été suspendue. Alors on applique les sangsues le plus près possible de l'endroit où elle avait lieu. Elles sont aussi nécessaires quand il existe une douleur

très-forte dans un des côtés de la poitrine ; souvent alors cette douleur disparaît au moyen de la saignée locale.

En même temps qu'on met en usage les émissions sanguines, il faut tenir le malade à une diète rigoureuse, lui faire boire souvent, mais peu à la fois, des boissons adoucissantes, telles qu'une infusion de violettes, de bouillon blanc, de fleurs de mauve ; une décoction de racine de guimauve ou de dattes et de jujubes, de l'eau de gomme : on édulcore ces boissons avec du sucre ou un sirop agréable, et on les donne, suivant la saison, plus ou moins chaudes, afin de ne pas exciter la toux. Il faut placer le malade dans une position demi-assise, pour rendre moins considérable l'afflux de sang vers la poitrine ; lui interdire l'usage de la parole, si ce n'est pour des choses indispensables, et rendre tempéré l'air de la chambre qu'il habite. Toutes les fois que la toux se manifestera, ou bien à des heures déterminées, on lui fera prendre une cuillerée d'une potion ou d'un looch gommeux ou huileux. Lorsque les forces du malade ne permettent plus de recourir aux saignées, que la maladie, malgré le traitement employé, ne s'est point améliorée, ou qu'elle a fait des progrès, il faut employer les exutoires et les expectorans. Les vésicatoires sont ceux que l'on met le plus souvent en usage ; on n'est point d'accord sur le lieu où ils doivent être appliqués : les uns veulent que ce soit loin du siége du mal ; les autres pensent, au contraire, qu'il est de beaucoup préférable de les établir sur la poitrine elle-même. Cette dernière méthode paraît, en effet, avoir plus d'avantages, surtout si, au lieu de se servir de petits vésicatoires, on en emploie qui soient d'un grand diamètre. Ce ne sera que lorsque les fonctions cérébrales seront troublées, et qu'il faudra produire une révulsion, qu'on les mettra sur les extrémités inférieures. On donnera en même temps des boissons dites *expectorantes*, telles qu'une infusion de lierre terrestre, de camomille romaine, une décoction de polygala, des potions dans lesquelles on fera entrer une demi-once ou une once d'oxymel scylitique ou quelques grains de kermès minéral. On continuera ces moyens jusqu'à la résolution de la maladie ;

si elle dure long-temps, on peut, lorsque la période inflammatoire est passée, permettre quelques légers bouillons au malade. Telle est la méthode ordinaire que l'on emploie contre la pneumonie ; elle a été mise en usage dans tous les temps avec des succès non équivoques.

Dans ces derniers temps on a beaucoup vanté la méthode italienne, dite méthode de *Rasori*, et introduite en France par *Laennec*. Elle consiste dans l'emploi du tartre stibié à très-haute dose. Voici comment il administrait ce sel antimonial : après avoir pratiqué une saignée proportionnée aux forces du malade, il lui faisait prendre de deux heures en deux heures, dans un demi-verre d'infusion de feuilles d'oranger, édulcorée, un grain de tartre stibié. Lorsque, après la sixième dose, les symptômes n'étaient pas urgens, il laissait reposer le malade pendant sept ou huit heures ; mais si la pneumonie était intense ou avancée, on continuait à donner l'émétique sans interruption, jusqu'à ce qu'elle fût terminée. Cette administration du tartre stibié produit, chez quelques malades, des évacuations abondantes par en haut et par en bas, pendant les premières doses seulement : chez d'autres, on n'aperçoit aucun effet sensible. Cette insensibilité de l'estomac a été appelée par Rasori *tolérance*. Si elle ne s'établissait pas bientôt, il la favorisait en ajoutant à chaque potion un à deux gros de sirop diacode. *Laennec* portait la dose du tartre stibié à un grain et demi ou deux grains, suivant l'urgence des cas. Il assure que cette méthode a été couronnée de succès cinquante-cinq fois sur cinquante-sept, et que, parmi ceux qui ont guéri, il en était dont la pneumonie était parvenue au degré d'infiltration purulente. Ces résultats, bien différens de ceux que l'on observe par la méthode ordinaire, puisque la mortalité dans les hôpitaux est d'un sur quatre ou cinq malades, devraient engager à expérimenter de nouveau les effets de ce médicament.

Le traitement de la pneumonie offre quelques différences selon les formes sous lesquelles on la rencontre. Si l'on aperçoit des symptômes bilieux, et si ces symptômes ont précédé la pneumonie, un vomitif, des boissons acidules ont eu souvent des résultats avantageux ; au lieu

que les saignées ont été inutiles et quelquefois nuisibles. Si, au contraire, les symptômes bilieux ont apparu consécutivement à la pneumonie, ils cèdent au traitement ordinaire. Quand on a affaire à une pneumonie véritablement adynamique, les saignées, loin d'être un remède efficace, mettraient en danger les jours du malade. L'on pourra employer avec avantage les toniques à des doses plus ou moins fortes, suivant le degré de faiblesse.

On voit des exemples de pneumonies périodiques qui se sont déclarées dans des conditions égales à celles où l'on voit se montrer les fièvres intermittentes, ou qui avaient succédé à celles-ci. Le quinquina ou ses préparations ont été mis en usage avec succès.

Il est enfin des symptômes de la pneumonie qui présentent quelquefois un caractère de gravité plus grand que dans les cas ordinaires; telles sont la toux, la difficulté de l'expectoration, la douleur de côté; il faut remédier à ces inconvéniens, dont le moindre désavantages est de fatiguer beaucoup les malades; et l'on y parvient, pour la toux, au moyen des saignées d'abord, puis par l'association de l'opium aux potions gommeuses ou huilées, que le malade prend; pour la difficulté de l'expectoration, par des boissons dites *expectorantes*, avec la scille et le kermès; pour la douleur de côté, par les saignées locales, les cataplasmes émolliens et narcotiques, et par un vésicatoire, si les autres moyens ne produisent aucun effet.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Frigida, velut nix, glacies, pectori inimica; tusses movent, sanguinis eruptiones ac catarrhos inducunt. *Sect.* 5, *aph.* 24.

II.

Cùm morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est. *Sect.* 1, *aph.* 8.

III.

In acutis morbis, extremarum partium frigus, malum. *Sect.* 7, *aph.* 1.

IV.

In acutis affectionibus quæ cum febre sunt, luctuosæ respirationes malæ. *Sect.* 6, *aph.* 54.

V.

A pleuritide peripneumonia, malum *Sect.* 7, *aph.* 11.

VI.

Qui sanguinem spumosum exspuunt, his ex pulmone talis rejectio fit. *Sect.* 5, *aph.* 13.